

Culturele diversiteit in de forensische psychiatrie; een exploratief onderzoek in Forensisch Psychiatrisch Centrum de Oostvaarderskliniek

T. VAN DER STOEP

ACHTERGROND Ten opzichte van het aantal allochtonen in de algemene bevolking zijn allochtonen oververtegenwoordigd in de forensische psychiatrie. Voor een succesvolle tbs-behandeling is kennis nodig van de te behandelen groep. Tot op heden is echter weinig bekend over verschillen tussen allochtone en autochtone patiënten.

DOEL Een eerste stap zetten naar het vergaren van de nodige kennis voor het bieden van zorg op maat aan allochtone patiënten.

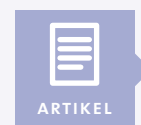
METHODE Verschillen tussen allochtone en autochtone patiënten wat betreft behandelduur, diagnostiek en indexdelicten in kaart brengen binnen een groep patiënten die tussen 2001 en 2014 zijn ingestroomd in een forensisch psychiatrisch centrum.

RESULTATEN Allochtone patiënten hadden een langere behandelduur dan autochtone patiënten (8,5 versus 6,6 jaar). Daarnaast hadden zij vaker schizofrenie als hoofddiagnose (49,1% versus 21,4%), maar minder vaak een pervasieve ontwikkelingsstoornis of seksuele stoornis. Allochtone patiënten waren vaker veroordeeld voor een zedendelict met een slachtoffer van 16 jaar of ouder, autochtone patiënten juist vaker voor een zedendelict met een slachtoffer jonger dan 16 jaar.

CONCLUSIE Er bestaan verschillen tussen allochtone en autochtone patiënten wat betreft behandelduur, diagnostiek en gepleegde indexdelicten. Toekomstig onderzoek moet uitwijzen of deze resultaten representatief zijn voor het gehele veld en hoe de verschillen verklaard kunnen worden.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)12, 846-853

TREFWOORDEN allochtonen, culturele verschillen, forensische psychiatrie, terbeschikkingstelling, zorg op maat



ARTIKEL



Uit onderzoek blijkt dat allochtonen gemiddeld vaker gedwongen opgenomen worden in de psychiatrie (Verstegen e.a. 2011). Ook in de forensische psychiatrie is deze groep oververtegenwoordigd. Een derde van de populatie die de behandelmaatregel terbeschikkingstelling (tbs) opgelegd heeft gekregen, is namelijk allochtoon, terwijl dit in de algemene Nederlandse bevolking 20% is (Van Gemmert e.a. 2010; Gijsberts e.a. 2012).

Tbs wordt opgelegd aan mensen die een ernstig delict

plegen, terwijl ze geheel of gedeeltelijk ontoerekeningsvatbaar zijn wegens een gebrekkige ontwikkeling en/of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. De behandeling heeft als doel de kans dat de patiënt opnieuw een ernstig delict pleegt aanzienlijk te verkleinen.

Volgens het responsiviteitsprincipe van het *risk-need-responsivity*(RNR)-model waar in de forensische psychiatrie vaak vanuit wordt gegaan, sluit een succesvolle behandeling aan bij de leerstijl, de mogelijkheden en de motivatie

van de patiënt (Andrews & Bonta 2010). Aansluiten bij de patiënt zou de behandeling ten goede komen, en daarmee tevens de behandelduur verkorten. Het verkorten van de duur van de tbs-behandeling is in de forensische psychiatrie een actueel onderwerp. Het ministerie van Veiligheid en Justitie heeft namelijk als doel gesteld dat de totale intramurale/transmurale duur van de tbs in 2018 gereduceerd moet zijn van een gemiddelde van bijna 10 jaar naar een gemiddelde van 8 jaar (Van Gemmert & Van Schijndel 2015).

De Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (2007) verwacht dat het aantal allochtone patiënten in de tbs verder zal toenemen. Diverse rapporten wijzen tegelijkertijd op de noodzaak om zorg op maat te bieden aan deze groeiende groep (Raad voor Volksgezondheid en Zorg 2000; Commissie Visser 2006). Daarvoor is het nodig te weten waar knelpunten in de behandeling zitten, en kennis te hebben van de te behandelen groep patiënten.

Tot op heden is echter weinig bekend over de verschillen tussen allochtone en autochtone tbs-patiënten. Veenstra en Spreen (2012) zien binnen een groep ex-tbs-patiënten die tussen 1992 en 2001 met onvoorwaardelijk ontslag zijn gegaan geen verschil in behandelduur tussen allochtone en autochtone patiënten. Ook is weinig bekend over de verschillen in duur tot de verschillende verloffmodaliteiten die doorlopen moeten worden voordat een patiënt met ontslag kan gaan. Ter Horst e.a. (2015) vonden eerder geen verschil tussen de invloed van sekse, psychiatrische stoornis of het soort delict in relatie tot de behandelduur tot het eerste begeleide verloff. Verschillen tussen allochtone en autochtone patiënten zijn in deze studie niet onderzocht. Daarnaast is er tot op heden geen onderzoek gedaan naar verschillen in gepleegde indexdelicten tussen allochtone en autochtone patiënten.

Onderzoek naar verschillen in psychiatrische diagnoses is bekend vanuit twee forensisch psychiatrische centra (FPC's). Uit een telling in FPC de Van der Hoevenkliniek bleek dat allochtone patiënten vaker een psychotische stoornis als hoofddiagnose hebben, en juist minder vaak een persoonlijkheidsstoornis dan autochtone patiënten (Verstegen e.a. 2011). In FPC de Van Mesdag Kliniek werd ook gevonden dat allochtone patiënten vaker een psychotische stoornis hebben (Tatlicioglu & Wolthers 2004).

Het bieden van zorg op maat aan allochtone patiënten zou kunnen leiden tot een succesvollere behandeling en daarmee tevens een kortere behandelduur. Dit huidige exploratieve onderzoek heeft daarom als doel een eerste stap te zetten naar het vergaren van de nodige kennis. Ik bracht daartoe de verschillen tussen allochtone en autochtone patiënten wat betreft behandelduur, diagnostiek en de gepleegde indexdelicten in kaart binnen een FPC.

AUTEURS

TAMAR VAN DER STOEP, criminoloog, onderzoeker, FPC de Oostvaarderskliniek, Almere.

CORRESPONDENTIEADRES

T. van der Stoep, FPC de Oostvaarderskliniek,
Carl Barksweg 3, 1336 ZL Almere.
E-mail: tamarvdstoep@dji.minjus.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 4-7-2016.

METHODE

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestond uit alle patiënten die in de jaren 2001 tot en met 2014 zijn ingestroomd in FPC de Oostvaarderskliniek.

Herkomst patiënten

In dit onderzoek gebruikte ik de definities voor allochtoon, en daarmee samenhangende termen, gehanteerd volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS; <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/methoden/begrippen/default.htm?ConceptID=37>). Daarbij is een allochtoon een persoon van wie ten minste één ouder in het buitenland is geboren. Een eerstegeneratieallochtoon is zelf ook in het buitenland geboren, terwijl een tweedegeneratieallochtoon in Nederland is geboren. Een westerse allochtoon heeft als herkomstgroepering een van de landen in Europa (exclusief Turkije), Noord-Amerika, Oceanië, Indonesië en Japan. Een niet-westerse allochtoon heeft als herkomstgroepering een van de landen in Afrika, Latijns-Amerika, Azië (exclusief Indonesië en Japan) en Turkije. Met herkomstgroepering wordt het kenmerk bedoeld dat weergeeft met welk land een persoon verbonden is, waarbij een eerstegeneratieallochtoon als herkomstgroepering het land heeft waar hij of zij zelf geboren is en een tweedegeneratieallochtoon het geboorteland van de moeder (en als dit ook Nederland is, dat van de vader).

Diagnostiek

De psychiatrische diagnoses werden, op basis van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* vierde editie (DSM-IV), in consensus door hoofd behandeling, psychiater en diagnosticus vastgesteld. Door middel van dossieronderzoek werden deze voor het huidige onderzoek verzameld. De hoofddiagnoses werden in dit onderzoek

opgedeeld in een aantal categorieën, te weten persoonlijkheidsstoornissen, schizofrenie en andere psychotische stoornissen, pervasieve ontwikkelingsstoornissen, stemmingsstoornissen, seksuele stoornissen, zwakbegaafdheid, cognitieve stoornissen, aandachtstekortstoornissen en stoornissen in het gebruik van een middel. Behalve naar de hoofddiagnoses van de patiënten, keek ik ook of er sprake is van verslavingsproblematiek. Onder verslavingsproblematiek verstond ik in dit onderzoek het hebben van een of meerdere diagnoses voor middelenmisbruik of -afhankelijkheid volgens de DSM-IV.

Indexdelicten

Wat betreft de indexdelicten werden in dit onderzoek de agressie- en seksuele componenten gebruikt zoals deze in het Monitoring Informatiesysteem Terbeschikking Stelling (MITS) geregistreerd staan, een informatiesysteem met gegevens over tbs-patiënten dat wordt gebruikt voor de administratieve en juridische processen rondom de verpleging. De agressiecomponenten zijn: 'geen geweld aanwezig', 'materiële schade', 'bedreiging met geweld/brandstichting met levensgevaar', 'persoonlijk letsel, niet dodelijk' en 'dodelijke afloop'. De seksuele componenten zijn: 'geen seksuele component aanwezig', 'slachtoffer beneden 16 jaar', 'slachtoffer 16 jaar en ouder', 'slachtoffer beide leeftijdscategorieën', 'seksuele component, niet voor veroordeeld', 'slachtoffer beneden 12 jaar' en 'leeftijd slachtoffer onbekend'.

Intramurale/transmurale behandelduur

Onder behandelduur verstond ik in dit onderzoek de intramurale/transmurale behandelduur, waarbij de definitie van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) van het ministerie van Veiligheid en Justitie werd gevolgd, namelijk: 'Het totale verblijf, beginnend bij de eerste dag van opname tot de dag waarop het

intramurale/transmurale verblijf van de tbs-gestelde eindigt.' De periode van proefverlof, voorwaardelijke beëindiging, verblijf in het huis van bewaring en ongeoorloofde afwezigheid worden hier niet bij meegerekend (Nagtegaal e.a. 2011).

Verlofmodaliteiten

Voordat een patiënt terug kan keren in de maatschappij en daarmee uitstroomt uit de tbs, doorloopt deze een aantal verlofmodaliteiten. Verlof heeft als doel hetgeen wat in de behandeling is geleerd te toetsen in de maatschappij zonder terug te vallen in delictgedrag (Ooyen-Houben e.a. 2009). Het verlof vindt gefaseerd plaats. De verlofmodaliteiten die onderscheiden worden, zijn begeleid verlof, onbegeleid verlof, transmuraal verlof en proefverlof. De patiënt krijgt hierdoor steeds meer eigen regie en verantwoordelijkheid (Ter Horst e.a. 2015).

Statistische analyses

Het verschil tussen allochtone en autochtone patiënten wat betreft de totale behandelduur werd getest met een t-toets voor onafhankelijke steekproeven of in het geval van een niet-normale verdeling van de totale behandelduur met een mann-whitney-U-toets. Hetzelfde gold voor verschillen in de duur tot de verschillende verlofmodaliteiten: begeleid verlof, onbegeleid verlof, transmuraal verlof en proefverlof. Bij een t-toets geef ik het gemiddelde (M) en de standaarddeviatie (SD) en bij de U-toets van Mann Whitney de mediaan (Md) en de interkwartielafstand (IQR). Verschillen tussen allochtone en autochtone patiënten voor de agressie- en seksuele componenten van de indexdelicten, de verslavingsproblematiek en de DSM-IV-hoofddiagnoses werden getest met een χ^2 -toets of met de exacte toets van Fisher in het geval van een te kleine onderzoeksgroep voor de χ^2 -toets. Alle statistische analyses werden uitgevoerd met SPSS versie 22.

TABEL 1 Instroom allochtone tbs-patiënten 2001-2014

Jaar	Instroom	Allochtonen	Generatie		Herkomst	Niet-westers
	totaal n	van totaal n (%)	Eerste n (%)	Tweede n (%)	Westers n (%)	
2001-2003	90	32 (35,6)	23 (71,9)	9 (28,1)	7 (21,9)	25 (78,1)
2004-2006	66	19 (28,8)	13 (68,4)	6 (31,6)	5 (26,3)	14 (73,7)
2007-2009	119	28 (23,5)	22 (78,6)	6 (21,4)	3 (10,7)	25 (89,3)
2010-2012	82	24 (29,3)	17 (70,8)	7 (29,2)	6 (25,0)	18 (75,0)
2013-2014	71	18 (25,4)	11 (61,1)	7 (38,9)	3 (16,7)	15 (83,3)
Totaal	428	121 (28,2)	86 (71,1)	35 (28,9)	24 (19,8)	97 (80,2)

TABEL 2 Landen van herkomst allochtone tbs-patiënten 2001-2014

Land van herkomst	n	%
Suriname	32	26,4
Nederlandse Antillen	25	20,7
Marokko	17	14,0
Turkije	15	12,4
Indonesië	7	4,1
Duitsland	5	2,5
Sovjet-Unie	3	1,7
Afghanistan	2	1,7
Colombia	2	1,7
Groot-Brittannië	2	1,7
Joegoslavië	2	1,7
Egypte	1	0,8
Ethiopië	1	0,8
Italië	1	0,8
Korea	1	0,8
Oostenrijk	1	0,8
Peru	1	0,8
Spanje	1	0,8
Tsjechoslowakije	1	0,8
Tunesië	1	0,8
Totaal	121	100

RESULTATEN

Karakteristieken studiepopulatie

In de periode van 2001 tot en met 2014 stroomden in totaal 428 patiënten op enig moment in in FPC de Oostvaarders-

kliniek. Van deze patiënten waren er 422 mannelijk (98,6%) en 6 vrouwelijk (1,4%). De gemiddelde leeftijd van de patiënten was bij opname 38 jaar. Dit gold voor zowel autochtone als allochtone patiënten. De groep ingestroomde patiënten bestond voor 70,6% (n = 302) uit autochtonen, voor 28,2% (n = 121) uit allochtonen en voor 1,2% (n = 5) was de herkomst onbekend. Van de allochtone patiënten was 71,1% (n = 86) een eerstegeneratieallochtoon en 28,9% (n = 35) een tweedegeneratieallochtoon (TABEL 1). De meerderheid van de allochtone patiënten had een niet-westerse culturele achtergrond (80,2% (n = 97)). De grootste groep was afkomstig uit Suriname (26,4%), gevolgd door de Nederlandse Antillen (20,7%), Marokko (14,0%) en Turkije (12,4%) (TABEL 2).

Diagnostiek

De DSM-IV-hoofddiagnose was bekend voor 390 patiënten uit de studiepopulatie (TABEL 3). Allochtone patiënten bleken vaker schizofrenie of een andere psychotische stoornis als hoofddiagnose te hebben, namelijk 49,1% tegenover 21,4% bij autochtone patiënten ($p < 0,001$). Het tegenovergestelde gold voor pervasieve ontwikkelingsstoornissen (0,9% vs. 11,2%; $p = 0,001$) en seksuele stoornissen (1,8% vs. 10,5%; $p = 0,007$); deze kwamen bij allochtone patiënten juist minder vaak voor dan bij autochtone patiënten. Hoewel meer autochtone patiënten de hoofddiagnose persoonlijkheidsstoornis hadden (53,3%) dan allochtone patiënten (43,9%), was dit verschil niet significant. Voor de overige hoofddiagnoses (zwakbegaafdheid, cognitieve stoornissen, aandachtstekortstoornissen en stoornissen in het gebruik van een middel) werd geen verschil gevonden. Voor zowel allochtone als autochtone patiënten gold naast de hoofddiagnose dat bij twee derde van de patiënten (respectievelijk 66,6% en 66,7%) sprake was van verslavingsproblematiek.

TABEL 3 DSM-IV-hoofddiagnoses

	Totaal (n = 390) %	Allochtoon (n = 114) %	Autochtoon (n = 276) %	p
Persoonlijkheidsstoornissen	50,5	43,9	53,3	0,115
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	29,5	49,1	21,4	0,000
Pervasieve ontwikkelingsstoornissen	8,2	0,9	11,2	0,001
Stemmingsstoornissen	2,3	2,6	2,2	0,518
Seksuele stoornissen	7,9	1,8	10,5	0,007
Zwakbegaafdheid	0,8	0,9	0,7	0,647
Cognitieve stoornissen	0,3	0,9	0,0	0,292
Aandachtstekortstoornissen	0,3	0,0	0,4	0,708
Stoornissen in het gebruik van een middel	0,3	0,0	0,4	0,708

TABEL 4 Agressiecomponenten indexdelict

	Totaal (n = 367) %	Allochtoon (n = 112) %	Autochtoon (n = 236) %	p
Geen geweld aanwezig	4,1	0,9	5,6	0,028
Materiële schade	2,2	0,9	2,8	0,234
Bedreiging met geweld / brandstichting met levensgevaar	26,0	24,1	26,8	0,681
Persoonlijk letsel, niet dodelijk	43,4	50,9	40,0	0,069
Dodelijke afloop	24,3	23,2	24,8	0,847

TABEL 5 Seksuele componenten indexdelict

	Totaal (n = 377) %	Allochtoon (n = 107) %	Autochtoon (n = 270) %	p
Geen seksuele component	61,5	62,6	61,1	0,878
Slachtoffer < 16 jaar	15,6	4,7	20,0	0,000
Slachtoffer ≥ 16 jaar	13,0	26,2	7,8	0,000
Slachtoffer beide categorieën	3,2	1,9	3,7	0,290
Aanwezig, maar niet veroordeeld	0,8	0,9	0,7	0,634
Slachtoffer < 12 jaar	0,5	0,0	0,7	0,512
Leeftijd slachtoffer onbekend	5,4	3,7	6,0	0,282

Indexdelicten

De indexdelicten werden bekeken aan de hand van de agressie- en seksuele componenten. Autochtone patiënten werden vaker veroordeeld wegens delicten waarbij geen geweld aanwezig was, namelijk 5,6% tegenover 0,9% ($p = 0,03$) (TABEL 4). Allochtone en autochtone patiënten werden echter even vaak veroordeeld wegens agressieve delicten met alleen materiële schade, bedreiging met geweld en brandstichting met levensgevaar, persoonlijk (niet dodelijk) letsel en delicten met een dodelijke afloop. Ook werden autochtone en allochtone patiënten even vaak veroordeeld wegens een zedendelict (TABEL 5). Allochtone patiënten richtten zich hierbij echter vaker op een slachtoffer van 16 jaar of ouder ($p < 0,001$), terwijl autochtone patiënten zich juist vaker op een slachtoffer jonger dan 16 jaar richtten ($p < 0,001$).

Behandelduur en doorlooptijden tot verlof

Van in totaal 180 patiënten, onder wie 127 autochtone en 53 allochtone patiënten, werd de behandeling inmiddels

beëindigd. De totale intramurale/transmurale behandelduur voor de allochtone patiënten (Md 8,5 jaar; IQR 6,2-11,5) bleek hoger te liggen ($U = 2187$; $z = -3,69$; $p < 0,001$) dan voor de autochtone patiënten (Md 6,6 jaar; IQR 5,1-9,1) (TABEL 6). Wanneer alleen uitgestroomde patiënten met schizofrenie of een andere psychotische stoornis bekeken werden, kwam eveneens naar voren dat allochtone patiënten (Md 8,5 jaar; IQR 6-10,7) een langere behandelduur hadden ($U = 238$; $z = -2,16$; $p = 0,031$) dan autochtone patiënten (Md 6,1 jaar; IQR 5,1-8,2).

Wat betreft doorlooptijden tot de verschillende verloffases werden echter geen statistisch significante verschillen gevonden tussen allochtone en autochtone patiënten (zie TABEL 6). Wel viel op dat de duur tot aan het verlenen van begeleid en onbegeleid verlof voor allochtone patiënten gemiddeld iets hoger leek te liggen dan voor autochtone patiënten. Voor transmuraal verlof en proefverlof gold het tegenovergestelde: dit leek voor allochtone patiënten juist korter te duren dan voor autochtone patiënten.

TABEL 6 Behandelduur en doorlooptijden tot verlof (in jaren)

		Allochtonen n		Autochtonen n	p
Totale behandelduur; mediaan (IQR)	53	8,5 (6,2-11,4)	127	6,6 (5,1-9,1)	0,000
Duur tot begeleid verlof (mean (SD))	45	1,8 (1,1)	108	1,6 (0,8)	0,032
onbegeleid verlof (mean (SD))	42	3,0 (1,5)	93	2,8 (1,2)	0,142
transmuraal verlof (mean (SD))	32	3,9 (1,6)	64	4,2 (1,6)	0,776
proefverlof (mean (SD))	15	5,4 (1,6)	30	6,2 (1,9)	0,100

DISCUSSIE

Het bieden van zorg op maat aan tbs-patiënten is een belangrijke voorwaarde voor een succesvolle behandeling. Uit voorgaande studies is gebleken dat allochtonen oververtegenwoordigd zijn in de forensische psychiatrie. Hiermee is ook de noodzaak ontstaan om in de behandeling meer rekening te houden met de culturele achtergrond van patiënten. Op die manier zou de behandelduur, een actueel onderwerp in de forensische psychiatrie, tevens verkort kunnen worden. Echter, voor een succesvolle behandeling is het nodig kennis te hebben over de te behandelen groep. Dit is een van de eerste onderzoeken die verschillen tussen allochtone en autochtone tbs-patiënten in kaart hebben gebracht wat betreft de totale behandelduur, behandelduur tot verlofmodaliteiten, DSM-IV-hoofddiagnose en gepleegde indexdelicten.

Gevonden verschillen

Deze studie laat zien dat de totale intramurale/transmurale behandelduur langer is voor allochtone dan voor autochtone tbs-patiënten. De doorlooptijden tot de verschillende verloffases verschillen daarentegen niet tussen allochtone en autochtone patiënten. Alleen Veenstra en Spreen (2012) hebben eerder onderzocht of er verschil bestaat tussen allochtone en autochtone patiënten wat betreft de behandelduur: zij vonden geen verschil. Echter, het ging hier om een kleine onderzoekspopulatie.

Tevens blijkt uit mijn exploratieve onderzoek dat er een aantal verschillen bestaat tussen allochtone en autochtone patiënten wat betreft de DSM-IV-hoofddiagnoses. Allochtone patiënten hebben vaker schizofrenie of een andere psychotische stoornis. Dit komt overeen met resultaten gevonden in andere tbs-klinieken (Tatlicioglu & Wolthers 2004; Verstegen e.a. 2011). Daarentegen hebben allochtone patiënten minder vaak pervasieve ontwikkelingsstoornissen en seksuele stoornissen. Resultaten hierover zijn niet bekend vanuit andere tbs-klinieken. Soortgelijke resulta-

ten zijn wel gevonden door Vinkers e.a. (2011) onder pro Justitia gerapporteerde verdachten.

Wat betreft verslavingsproblematiek bestaan geen verschillen tussen allochtone en autochtone patiënten. Verder blijkt uit het huidige onderzoek dat hoewel allochtone en autochtone patiënten even vaak voor een zedendelict zijn veroordeeld, het slachtoffer bij allochtonen vaker 16 jaar of ouder is terwijl het slachtoffer bij autochtonen vaker jonger is dan 16 jaar. In een groep pro Justitia gerapporteerde verdachten werd een hogere prevalentie van seksuele delicten gevonden onder autochtonen (Vinkers e.a. 2011). Echter, er zijn geen gegevens bekend vanuit andere tbs-klinieken.

Vanwege de aselechte plaatsing van patiënten in tbs-klinieken die vanaf 1999 gold (Nagtegaal 2011) verwacht ik dat de gevonden resultaten representatief zijn voor het gehele veld. Toekomstig onderzoek in andere klinieken zou moeten uitwijzen of deze verwachting klopt. Hierbij dient wel rekening te worden gehouden met het feit dat vanaf 2014 de aselechte plaatsing van patiënten is gewijzigd naar een regionaal plaatsingsbeleid, wat mogelijk van invloed is op het percentage allochtone tbs-patiënten in de verschillende klinieken (Oosterom 2014).

Verklaring verschillen behandelduur

Allochtone patiënten hebben dus een langere totale intramurale/transmurale behandelduur dan autochtone. Om in de praktijk iets te kunnen doen met dit gegeven, moeten we weten waardoor het verschil verklaard kan worden. De leeftijd van de patiënten kan geen rol gespeeld hebben, aangezien allochtone en autochtone patiënten bij opname gemiddeld even oud waren. Uit dit onderzoek blijkt daarnaast dat het verschil in het voorkomen van de hoofddiagnose schizofrenie of een andere psychotische stoornis het verschil in behandelduur eveneens niet kan verklaren. Het verschil in behandelduur is namelijk nog steeds aanwezig

wanneer alleen gegevens van patiënten met deze hoofddiagnose meegenomen werden in de analyse.

Of het verschil in behandelduur mogelijk verklaard kan worden door het verschil in leeftijd van de slachtoffers van de gepleegde zedendelicten, kon helaas niet onderzocht worden doordat de onderzoeksgroepen te klein waren. Andere kenmerken die mogelijk een rol kunnen spelen, zoals de sociaaleconomische status van de patiënten, kon ik evenmin onderzoeken in deze studie, vanwege het ontbreken van deze gegevens. Een andere verklaring kan zijn dat de geboden behandeling mogelijk beter aansluit bij autochtone dan bij allochtone patiënten, wat mogelijk voortkomt uit culturele verschillen.

Om deze mogelijke verklaring te bevestigen zou men toekomstig onderzoek hierop moeten richten. Vervolgens kan van daaruit zorg op maat gemaakt worden. Daarnaast zou men toekomstig onderzoek kunnen richten op verschillen tussen westerse en niet-westerse allochtonen. In dit onderzoek heb ik dit niet gedaan vanwege de beperkte grootte van de studipopulatie.

CONCLUSIE

De conclusie op basis van dit onderzoek is dat er verschillen bestaan tussen allochtone en autochtone tbs-patiënten wat betreft behandelduur, DSM-IV-hoofddiagnoses, en gepleegde indexdelicten. Toekomstig kwantitatief onderzoek moet uitwijzen of deze resultaten representatief zijn voor het gehele veld. In toekomstige studies moet men vervolgens ook onderzoeken welke determinanten geassocieerd zijn met de langere behandelduur onder allochtone patiënten. Tevens kan men toekomstig onderzoek richten op verschillen tussen westerse en niet-westerse allochtonen en tussen eerste- en tweedegeneratieallochtonen wat betreft behandelduur, DSM-IV-hoofddiagnoses, en gepleegde indexdelicten om het inzicht in de allochtone populatie binnen de forensische psychiatrie verder te vergroten. Kwalitatief onderzoek zou daarnaast een vervolgstap kunnen zijn om inhoudelijk meer inzicht te krijgen in de knelpunten die patiënten en behandelaars ervaren, om zo de behandeling van zowel allochtone als autochtone patiënten te kunnen verbeteren.

LITERATUUR

- Andrews DA, Bonta J. Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychol Public Policy Law* 2010; 16: 39-55.
- Commissie Visser. Tbs, vandaag over gisteren en morgen. Den Haag: Sdu Uitgevers; 2011.
- Gemmert N van, van Schijndel C. Forensische zorg in getal 2010-2014. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen; 2015.
- Gemmert N van, van Schijndel C, van Loenen D. TBS in getal 2005-2009. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen; 2010.
- Gijsberts B, Huijnk W, Dagevos J. Jaarrapport Integratie 2011. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2012.
- Horst A ter, Jessen A, Bogaerts S, Spreen M. Behandelduur tot eerste toekenning tbs-verlof in een Nederlandse forensische psychiatrische kliniek; dossieronderzoek naar invloed van patiëntkenmerken en delict. *Tijdschr Psychiatr* 2015; 57: 314-22.
- Nagtegaal MH, Horst RP van der, Schönberger HJM. Inzicht in de verblijfsduur van tbs-gestelden: Cijfers en mogelijke verklaringen. Den Haag: WODC, ministerie van Veiligheid en Justitie; 2011.
- Oosterom P. Beleidskader Plaatsing TBS dwang 2014. Den Haag: Directie Forensische Zorg, Ministerie van Veiligheid en Justitie; 2014.
- Ooyen-Houben M van, Philipse M, Mos K, Dijkman L. Hulpverlening en justitie: twee werelden. *Tijdschrift voor Verslaving* 2009; 3: 51-9.
- Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming. Als niemand begrijpt wat ik bedoel. Omgaan met allochtonen in de tbs. Den Haag: RSJ; 2007.
- Raad voor Volksgezondheid en Zorg. Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg. Den Haag: RvZ; 2000.
- Tatlicioglu A, Wolthers L. Stand van zaken interculturalisatie: cultuurverschillen binnen en buiten de muren. Groningen: Dr. S. van Mesdagkliniek/GGz Groningen; 2004.
- Veenstra LM, Spreen M. De invloed van culturele factoren op de risicotaxatie in een forensisch psychiatrisch centrum. *GGzet Wetenschappelijk* 2012; 16: 83-96.
- Verstegen N, Zenedel R, Ingleby D, de Vogel V. 'De puzzel is het grootst bij allochtonen' Een verkennend onderzoek naar culturele diversiteit in de tbs. Den Haag: WODC, ministerie van Veiligheid en Justitie; 2011.
- Vinkers DJ, Barendregt M, de Beurs E, Hoek HW, Rinne TH. Etnische verschillen tussen pro Justitia gerapporteerde verdachten. *Tijdschr Psychiatr* 2011; 11: 801-11.

SUMMARY

Ethnic differences in forensic psychiatry: an exploratory study at a Dutch forensic psychiatric centre

T. VAN DER STOEP

BACKGROUND Compared to the percentage of ethnic minorities in the general population, ethnic minorities are overrepresented in forensic psychiatry. If these minorities are to be treated successfully, we need to know more about this group. So far, however, little is known about the differences between mental disorders and types of offences associated with patients of non-Dutch descent and those associated with patients of Dutch descent.

AIM To take the first steps to obtain the information we need in order to provide customised care for patients of non-Dutch descent.

METHOD It proved possible to identify differences between patients of Dutch and non-Dutch descent with regard to treatment, diagnosis and offences committed within a group of patients who were admitted to the forensic psychiatric centre Oostvaarderskliniek during the period 2001 - 2014.

RESULTS The treatment of patients of non-Dutch descent lasted longer than the treatment of patients of Dutch descent (8.5 year versus 6.6 year). Furthermore, patients from ethnic minority groups were diagnosed more often with schizophrenia (49.1% versus 21.4%), but less often with pervasive developmental disorders or sexual disorders. Patients of non-Dutch descent were more often convicted for sexual crimes where the victim was aged 16 years or older, whereas patients of Dutch descent were convicted of sexual crimes where the victim was under 16.

CONCLUSION There are differences between patients of Dutch and non-Dutch descent with regard to treatment duration, diagnosis and offences they commit. Future research needs to investigate whether these results are representative for the entire field of forensic psychiatry and to discover the reasons for these differences.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)12, 846-853

KEY WORDS customised care, cultural differences forensic psychiatry, mandatory treatment order, non-Dutch descent